

DÉCLARATION DE SINISTRE à TITRE PRIVÉ

► pour les licenciés de la Fédération Française d'Équitation au titre du contrat n°54921944

**Veuillez compléter l'ensemble du document avec toutes les précisions demandées
(Vous les retrouverez sur votre déclaration qui vous sera envoyée par mail)**

LE CAVALIER : N° Licence FFE :

Nom-Prénom :

Date de Naissance : __ / __ / ____ Fléchage : Tourisme Cheval Poney

Adresse :

CP : Ville :

Tel : __ / __ / __ / __ / __ Email :

Responsable légal (si mineur) :

Profession :

Examens fédéraux enregistrés (niveaux et année d'obtention) :

Équipement personnel de sécurité : Aucun Casque Gilet Autre (précisez) :

L'ÉQUIDÉ : N° SIRE :Nom :

L'ACCIDENT : à compléter impérativement (vous retrouverez TOUTES ces précisions dans votre déclaration)

Date : __ / __ / ____ Heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

► Dans une enceinte de l'établissement : Carrière Ecurie Manège Extérieur Terrain de concours
 Autre (précisez).....

► Sur la voie publique (précisez) :

► Autre (précisez) :

Lors de l'accident le cavalier était : à pied à cheval

Discipline : CSO CCE Dressage Attelage Voltige Endurance Horse-ball Travail sur le plat

Promenade / Randonnée Autre (précisez) :

Pratique compétitive : Oui (n° de concours) :

Non (nb heures de pratique/semaine) *: (nb années expérience en équitation) *:

à votre connaissance, la victime a-t-elle déjà eu un accident d'équitation :

Oui ; à quelle date ? __ / __ / ____ Non

Activité encadrée : Non (= déclaration à titre privé)

Oui, indiquez le numéro de Licence de l'encadrant :

Nom-Prénom de l'encadrant :

Adresse : CP : Ville :

L'ACCIDENT (suite) :

Description :

- à pied, le cavalier a percuté un élément naturel ou non (Branche, chandelier, véhicule...)
- Chute du cavalier
- Chute du cheval et du cavalier
- Coup de pied
- Coup de tête
- Autre (précisez) :
- Doigts coincés dans les rênes ou la longe
- Le cavalier s'est fait marcher dessus par le cheval
- Morsure
- Pied coincé dans l'étrier

Description précise des circonstances (lieu, météo...) :

.....

.....

.....

.....

.....

Identité et coordonnées complètes du(es) témoin(s) :

.....

.....

LES BLESSURES :

Localisation :

- Tête et face Lunettes Dents Membre supérieur Thorax
- Rachis Abdomen Pelvis Membre inférieur
- Autre :

Prise en charge : Médecin de ville Hospitalisation Service d'urgences Autres :

Déclaration faite le à

Signature :